

La magnitud y las causas de la mortalidad materna en el Distrito Federal (1988-1989)

José Luis Bobadilla, Sandra Reyes Frausto y Samuel Karchmer (1996). *Gaceta Médica de México*. 132(15-18).

Introducción

Las sociedades pobres caracterizadas por altas tasas de incidencia de enfermedades infecciosas y falta de atención al cuidado de las mujeres y los niños durante la reproducción y el crecimiento suelen tener elevadas tasas de mortalidad materna. Dada la gran desigualdad social de México, la mortalidad materna sigue siendo alta en las zonas rurales, pero se ha reducido en las ciudades, donde han mejorado las condiciones de vida y el acceso a la atención de salud.

Sin embargo, paradójicamente, la tasa de mortalidad materna en la Ciudad de México sigue siendo alta al fijarse en 6.6 defunciones maternas por 10.000 nacimientos vivos registrados en 1986, según las estadísticas de la Secretaría de Salud. Aun esa cifra es tal vez una subestimación.

La finalidad del presente estudio, realizado en un periodo de 18 meses en 1988-1989, fue (1) determinar la magnitud de la mortalidad materna en la Ciudad de México; (2) examinar las diferencias en la mortalidad materna en tres tipos de hospitales; (3) determinar las principales causas clínicas de defunción; y (4) señalar los aspectos del ejercicio de la medicina contribuyentes a la muerte de una mujer por complicaciones del embarazo.

Métodos

La población del estudio comprendió a todas las mujeres de edad reproductiva

(definidas aquí como las de 12 a 49 años de edad) muertas por causas obstétricas en la Ciudad de México durante el periodo de estudio de 18 meses. Después de examinar los certificados de defunción de las mujeres de edad reproductiva de 40 tribunales de registro civil en la Ciudad de México, Bobadilla y sus colegas identificaron las defunciones maternas confirmadas y posibles y las no maternas.

Las defunciones se clasificaron como maternas si habían ocurrido durante el embarazo o en el año siguiente a su terminación o sido causadas por cualquier factor relacionado con el embarazo o la atención recibida o agravado por éstos. Las defunciones maternas se clasificaron como directas o indirectas. Las defunciones obstétricas directas fueron las relacionadas con complicaciones del embarazo, el parto, el nacimiento o el puerperio. Se incluyeron en esta categoría las defunciones resultantes de intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto. Las defunciones obstétricas indirectas fueron las resultantes de una afección anterior al embarazo, surgidas durante el mismo o agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo o del parto.

Enfermeras capacitadas visitaron a las familias de las mujeres que constituiran posibles casos de defunción materna para determinar si la mujer había podido estar embarazada en el momento de la muerte o en el último año de vida, enterarse del lugar de la muerte y recoger información sobre otras variables, como el acceso a servicios de salud y la clase de tratamiento recibida.

El personal encargado de recolectar la información sobre las características de 44 hospitales en cuatro instituciones del sector de salud (la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Nota: La delimitación de defunciones maternas difiere de la de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), que fue la versión usada durante el periodo de estudio. En la CIE-9, así como en la CIE-10 de uso corriente, las defunciones maternas se clasifican como las ocurridas entre los 12 días siguientes a la terminación del embarazo.

(ISSSTE) y el Departamento de Servicios de Salud del Distrito Federal (DDF). Se recolectó información sobre las defunciones maternas, por ejemplo, internados y egresos (por hospital, incluso fotocopias de los informes de laboratorio y archivos de casos de defunción materna. Un Comité de Mortalidad Materna, formado por profesionales de varias especialidades (obstetricia, patología, anestesiología, epidemiología y otras) examinó los registros médicos para determinar la causa clínica de defunción, identificar los trastornos causantes de la defunción y atribuir la responsabilidad de ésta.

Resultados

Solo 238 de las 433 defunciones maternas identificadas por los investigadores del estudio habrían sido notificadas por medio del análisis de rutina de los certificados de defunción por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Esto indica una subestimación de 45% de la tasa de mortalidad materna. Ochenta y cinco por ciento de la subestimación fue el resultado de codificación incorrecta o anotación indebida en la parte relativa a la causa en el certificado de defunción. El subregistro de defunciones maternas representó apenas 7% de la subestimación.

Hubo diferencias significativas en la magnitud de la subestimación según el lugar donde ocurrió la defunción. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tuvo una tasa de subestimación estadísticamente significativa mucho mayor que la de las instituciones de otros sectores de salud.

Cuatro de cinco defunciones maternas estudiadas ocurrieron en instituciones de asistencia pública o del Seguro Social y el resto en hospitales privados o en la casa.

CUADRO 1 — DEFUNCIONES MATERNAS PREVENIBLES, POR ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CLASE DE INSTITUCIÓN DE SALUD, CIUDAD DE MÉXICO, 1988-1989

Clase de institución de salud ^a	Total de defunciones	Médico(%)	Establecimiento(%)	Paciente(%)
A1	68	92.8	16.2	36.9
A2	33	81.8	33.3	38.4
B1	79	79.7	7.8	10.1
B2	25	68.0	16.0	12.0
Total^b	205	82.9	15.6	21.5

Adaptado de Gómez et al., 1990.

Cuando los autores compararon la tasa de mortalidad materna corregida en las instituciones del Seguro Social con la observada en los establecimientos de asistencia pública, llegaron a la conclusión de que la probabilidad de morir durante el embarazo, el parto o el puerperio era menor en las primeras que en las últimas.

Casi todas (87%) las defunciones maternas estudiadas se clasificaron como resultado de causas obstétricas directas. Mas de un tercio (35%) de ese número fue el resultado de enfermedad hipertensiva del embarazo. Casi un cuarto del total (22%) se debió a hemorragia y cerca de un quinto (17%) a infección. El aborto causó 10% de las defunciones. La trombosis y la yatrogénesis (por ejemplo, la muerte por administración de anestesia) causaron 6% y 4%, respectivamente, del resto de las defunciones por causas obstétricas directas.

Surgieron diferencias al calcular las tasas específicas de mortalidad por causa según el tipo de instalación de salud. **En casos de enfermedad hipertensiva del embarazo, las mujeres que acudieron a las instalaciones de la Secretaría de Salud (SSA) tuvieron un riesgo estadísticamente significativo de morir mucho mayor que el de las mujeres con la misma afección atendidas en otros establecimientos. En casos de infección, las diferencias en la tasa de mortalidad materna fueron aun mayores entre un establecimiento y otro, y las mujeres con infección que acudieron a un establecimiento de la SSA tuvieron un riesgo estadísticamente**

^aA1 y A2 = asistencia pública; B1 y B2 = Seguro Social.

^bComo se puede haber dejado de atribuir responsabilidad o haber atribuido a más de una clase, es posible que la suma de los porcentajes correspondientes a cada institución no sumen 100%.

significativo de morir mucho mayor que quienes acudieron a otros servicios.

Se investigaron los archivos de 240 defunciones maternas ocurridas en hospitales del Seguro Social y de asistencia pública para determinar qué defunciones eran prevenibles y atribuir la responsabilidad correspondiente ya fuera al médico, al hospital o a la paciente. En el cuadro 1 se presenta un resumen de las defunciones maternas prevenibles por tipo de institución de salud y atribución de responsabilidad. **En todos los hospitales, se estimó que más de tres cuartas partes de las defunciones (82-94%) eran prevenibles y se atribuyó responsabilidad de la defunción al médico en la mayoría de esos casos (68-93%).** Por lo común, se atribuyó al médico la responsabilidad de una defunción ocurrida en un hospital de asistencia pública más que de la acaecida en uno del Seguro Social. **En todas las instituciones, la responsabilidad de las defunciones maternas atribuida al médico superó con mucho la del hospital o de la paciente porque casi todas las defunciones**

CUADRO 2 — CLASES DE ERRORES COMETIDOS POR MÉDICOS EN CASOS DE DEFUNCIÓN PREVENIBLE, CIUDAD DE MÉXICO, 1988-89

Clase de error	Número	Porcentaje
Tratamiento erróneo	52	30.8
Equivocación quirúrgica	40	23.5
Error de diagnóstico	33	19.4
Tratamiento tardío	9	5.3
Error de administración de anestesia	3	4.7
Atención prenatal deficiente	5	2.9
Otros	30	17.8
Total	170	100.0

Adaptado de Bobadilla et al., 1989.

maternas prevenibles fueron causadas por equivocaciones o errores terapéuticos clínicos o quirúrgicos. Casi un tercio de las defunciones se debieron a decisiones terapéuticas incorrectas, que por lo común agravaron una complicación moderada. La práctica impropia de una cirugía o la decisión de operar innecesariamente fueron las

equivocaciones quirúrgicas más comunes causantes de una cuarta parte de las defunciones. En el cuadro 2 se resumen las clases de errores cometidos por los médicos.

En uno de cada seis casos en que se atribuyó la responsabilidad de la defunción materna al hospital, la causa fue generalmente escasez de recursos o falta de servicios médicos o de laboratorio. En los casos en que se atribuyó responsabilidad a la paciente (22%), los problemas más comunes fueron demora en presentarse a recibir atención prenatal o incumplimiento de las recomendaciones terapéuticas.

En su debate, los autores concluyen que la tasa de mortalidad materna de 11.4 por 10,000 en la Ciudad de México es muy alta al compararla con la de otros países con un grado de desarrollo similar y es al menos 10 veces mayor que la observada en los Estados Unidos o el Canadá. **El grado de subestimación (45%) de las defunciones maternas también es excepcionalmente alto y se ha determinado que se origina en los problemas de los servicios de salud propiamente dichos más bien que en el procesamiento de estadísticas.** Bobadilla y sus colegas concluyeron que los resultados de este estudio indican graves deficiencias en la atención obstétrica prestada en los hospitales de asistencia pública y del Seguro Social.

Además, a partir sobre todo de los resultados del presente estudio, los autores citan problemas dentro del sistema de salud de México que contribuyen a la mortalidad materna. Entre ellos están la ineficiencia en la asignación de recursos, la supervisión inadecuada del personal, la carencia de protocolos de tratamiento de complicaciones o la deficiencia de los existentes, la planificación deficiente en los hospitales, las deficiencias de sistema de referencia y la falta de comités de mortalidad materna en los hospitales.

Comentario

Las indagaciones retrospectivas de las defunciones maternas pueden producir datos fundamentales sobre importantes deficiencias de la calidad de la atención de salud (Donabedian, 1988). Bobadilla y sus colegas

Temas en áreas nuevas de la salud pública y materna y en el campo de la infancia, especialmente en el área de la salud comunitaria personal (1997)

Por ejemplo, Donabedian define dos grados de desempeño profesional: técnico e interpersonal. La comunicación interpersonal es "el vehículo por el cual se presta la atención técnica y del cual depende su éxito" (Donabedian, 1988). Además, la idea que tienen los clientes de la calidad de la comunicación interpersonal puede influir en su satisfacción con el cuidado recibido y afectar su uso de los servicios de salud (DMatteo, 1994). Las observaciones de la interacción del cliente con el dispensador de atención de salud pueden ser el único medio de captar información sobre esta dinámica.

Otro problema guarda relación con el registro médico propiamente dicho. Aunque sirve de fuente de información primaria para el análisis retrospectivo de las defunciones maternas, tiene sus limitaciones. A menudo es incompleto e impreciso y proporciona información únicamente sobre la atención recibida en el hospital (Donabedian, 1988).

Algunas de esas deficiencias pueden corregirse con procedimientos como los adoptados por Bobadilla y sus colegas. Ellos suplementaron los análisis de los registros médicos con informes de patología y entrevistas con las familias de las mujeres clasificadas en un principio en el grupo de posibles defunciones maternas para determinar los problemas de salud previos y la utilización de los servicios. Otras técnicas para subsanar las deficiencias del registro médico incluyen recodificación de las categorías de diagnóstico y entrevista o administración de cuestionarios a los profesionales (Donabedian, 1988).

Cuando se realizan análisis retrospectivos de una manera metodológicamente racional, hay que tener cuidado en la interpretación de los datos. Por ejemplo, en su indagación confidencial, Bobadilla et al. notifican tasas específicas de mortalidad materna por causa, por establecimiento de salud, y evalúan la calidad de acuerdo con ello. Sin embargo, las

descubrieron que el principal factor contribuyente a una defunción materna estaba constituido por graves problemas de atención médica. Se encontraron resultados similares en el Estudio Nacional de la Mortalidad Materna de Egipto, 1992-1993 (Ministerio de Salud, 1994).

El estudio de las defunciones maternas en Egipto, de un año de duración, fue realizado por el Proyecto de Supervivencia Infantil del Ministerio de Salud, junto con el Organismo Central de Movilización Pública y Estadística (CAPMAS). Se recolectaron datos de una muestra aleatoria de 122 oficinas de salud en 21 gobernaciones, excluidas las cinco gobernaciones fronterizas que comprenden solo 1% de la población total de Egipto. Se pidió a las oficinas de salud que notificaran todas las defunciones de mujeres de edad reproductiva por un año, a partir de marzo de 1992. Básas defunciones maternas se identificaron primero con un cuestionario de detección en las oficinas de salud y luego con entrevistas con los familiares de la muerta. Además, todos los cuestionarios y registros fueron examinados en la gubernación por grupos consultivos de médicos que atribuyeron las causas de defunción y determinaron los factores prevenibles. Se determinó que casi todas las defunciones maternas (92%) habían sido prevenibles. En cerca de la mitad (47%) se observó que los errores de diagnóstico y tratamiento del equipo de atención obstétrica eran un factor contribuyente a la defunción materna.

Como lo demuestran los estudios hechos en Egipto y por Bobadilla y sus colegas, las indagaciones confidenciales pueden proporcionar información sobre los aspectos fallidos del proceso de dispensación de cuidados y, por tanto, contribuyentes a una defunción materna. Al mismo tiempo, esta técnica de investigación tiene limitaciones. Exige especialistas competentes para realizar el análisis y un número suficiente de defunciones maternas para investigar. Además, si bien los análisis retrospectivos de las defunciones maternas pueden dar información valiosa sobre graves deficiencias de atención, es poco probable que capten problemas más sutiles (Donabedian, 1988).

cifras de defunciones maternas por causa pueden ser bajas para un período de un año y tal vez varíen mucho con el transcurso de los años. Además, no hay control del estado de la paciente (por ejemplo, la gravedad de la afección) en el momento del ingreso. A menos que se lleve ese control y que ocurra un elevado número de defunciones maternas, es probable que el número de estas por causa no sea un indicador útil para fines de comparación de la calidad entre instituciones.

Por último, las indagaciones confidenciales son menos útiles en los lugares donde ocurren muchos nacimientos fuera de los hospitales. En la Ciudad de México, alrededor de 90% de los partos son atendidos en los hospitales (Secretaría de Salud, 1989). En

lugares donde el porcentaje es mucho menor, las defunciones maternas ocurridas en hospitales representarán una proporción menor del total de defunciones de esa clase. En esos casos, si bien las indagaciones confidenciales pueden dar pruebas de deficiencias de la calidad de la atención en los hospitales, quizá no se puedan generalizar los resultados.

A pesar de las limitaciones de las indagaciones confidenciales, esta técnica de investigación tiene también muchas ventajas. Puede emplearse para obtener importante información sobre los procesos de dispensación de cuidados, determinar las principales causas de defunción materna y ayudar a dirigir las estrategias de intervención.

Referencias

- DiMatteo RM (1994). The physician-patient relationship: Effects on the quality of health care. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 37(1):149-161.
- Donabedian A (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 260(12):1743-1748.
- Ministerio de Salud (1994). *National Maternal Mortality Study: Egypt, 1992-1993. Findings and Conclusions*. Cairo, Egipto: Proyecto de supervivencia infantil realizado en cooperación con la USAID.
- Secretaría de Salud (1989). *Anuario Estadístico 1988*. México, D.F., citado en Bobadilla et al., 1996.

Evaluación de programas de salud materna—enfoques, métodos e indicadores

José Luis Bobadilla (1992). *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 38(Supl.):S67-S73.

Introducción

Muchos países han iniciado programas para reducir la mortalidad y morbilidad maternas. Con todo, en pocos de esos pro-

gramas se ha documentado éxito. La mayoría se ha dejado de evaluar o ha empleado enfoques o métodos de evaluación inapropiados. Además, a menudo es difícil determinar el efecto de las intervenciones en la salud materna, aun en condiciones óptimas. Por esa razón, las personas dedicadas a la

salud materna tienen la dificultad de definir enfoques apropiados para la evaluación de los programas pertinentes.

En este trabajo se discuten varios métodos exitosos de evaluación de programas destinados a reducir la mortalidad materna, se hace una crítica de los métodos disponibles y se esbozan los indicadores útiles para evaluar las intervenciones en el campo de la salud materna.

Enfoques para la evaluación de programas

ENFOQUES PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

- Definir las características de los programas.
- Definir la(s) dimensión(es) que se pretende evaluar, por ejemplo, cobertura, equidad, calidad de la atención, grado de satisfacción de las mujeres con la atención, eficiencia y costo-eficacia.
- Definir la(s) norma(s) de comparación.

La finalidad de la evaluación de programas es determinar su calidad. Por ende, los evaluadores deben definir las características de los programas, la dimensión (por ejemplo, la cober-